



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 31
Comune Capofila S. Agata Militello

All'ASP di S. Agata di Militello
Via Catania
Punto Unico di Accesso
S. Agata di Militello

OGGETTO: PAC ANZIANI- Richiesta servizio di assistenza domiciliare anziani-Secondo Riparto.

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____

Il _____ residente in _____ via _____

Codice Fiscale _____ Tel/ telefonino _____

CHIEDE

Di usufruire del servizio di "ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI"

Relativamente alle seguenti prestazioni:

(Contrassegnare con la crocetta la casella che interessa)

Relativamente alle prestazioni del personale OSA

Relativamente alle prestazioni del personale OSS

A tal fine ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, N. 445:

DICHIARA

- Di possedere i requisiti previsti dalla legge per l'ammissione al servizio;
- Di impegnarsi a pagare la quota di compartecipazione, se dovuta, secondo i limiti previsti dal Decreto Regionale 15/04/2003 dell'Assessorato alla Famiglia.

Allega alla presente:

1. Attestazione ISEE, relativa ai redditi percepiti nell'anno 2015, rilasciata secondo la normativa vigente dall'1.01.2015, valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate.
2. Certificazione medica attestante il grado di non autosufficienza
3. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Autorizza ai sensi delle vigenti disposizioni sulla privacy, il trattamento dei dati ai fini del presente procedimento.
Il sottoscritto dichiara inoltre, di essere consapevole della decadenza dal beneficio, in caso di ammissione al servizio, per dichiarazioni rese non veritiere, punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

FIRMA
